Journal of Surgery
[Jurnalul de Chirurgie]
Review Open Access

Ocluzia intestinala mecanică, o complicație rară a endometriozei – Revizie de literatură

Dumitru Cristinel Badiu[1,2] , Mihaela Mandu[3] , Cristian Gabriel Popescu[1,2] , Catalin Gabriel Smarandache[1,5], Dragos Serban[1,5], Silviu Pituru[2], Razvan Hainarosie[2], Claudia Mehedintu[2,4] , Valentin Titus Grigorean[1,2]

1. Spitalul Clinic de Urgență Bagdasar Arseni, București, Clinica Chirurgie Generală, 2. Universitatea de Medicina și Farmacie Carol Davila București, 3. Spitalul Clinic de Urgență Bagdasar Arseni București, Clinica Recuperare Neuromusculară, 4. *Spitalul Clinic* "Nicolae Malaxa", București, Clinica Obstetrică-ginecologie, 5. Spitalul Clinic de Urgență Universitar București, Clinica Chirurgie Generală IV, București

Abstract

Endometriosis is an affliction with still unknown pathogenesis, wich consist in the presence of endometrial tissue islands in the uterine cavity, seen in women during the fertile period. About 5% of women with deep endometriosis also have a gastrointestinal disorder, intestinal occlusion being a rare complication of endometriosis. The rectosigmoid jounction is most often affected, then the large intestine and much rarely the small intestine. Differentiating between intestinal endometriomas leading to intestinal occlusion and neoplasms of inflammatory enteral envolvement is often difficult. The laparoscopic approach is the main therapeutic option but also the classical intervention may often be necessary. In conclusion, the differential diagnosis of intestinal occlusion in young women should also consider endometriosis.

Keywords: Endometriosis, occlusion, large intestine, laparoscopy

Introducere.

Ocluzia intestinală mecanică reprezintă oprirea completă a tranzitului digestiv pentru materii fecale și gaze datorată fie unui obstacol intrinsec, fie unei compresii extrinseci a lumenului digestiv.

Endometrioza este o afecțiune cu o patogenie încă necunoscută, ce constă în prezența de insule de țesut endometrial în afara cavității uterine, fiind întâlnită la femeile în perioada fertilă și care, în funcție de localizare, poate produce o simptomatologie variată [1].

Patogenie.

Mecanismul prin care focarele endometriozice pot produce ocluzie intestinală presupune cel mai frecvent fibroza și invadarea peretelui intestinal până la nivelul muscularei cu apariția secundară a stricturii intestinale sau a aderențelor interenterale. Mai rar, țesutul endometrial ectopic poate crește și depăși în cursul evoluției mucoasa intestinală, invadând lumenul digestiv și producând obstrucție intrinsecă [2].

Simptomatologie, localizare, diagnostic diferențial.

Cea mai frecventă și extrem de neplacută simptomatologie a endometriozei este cea dureroasă, prezentă mai ales în timpul menstruației și care poate conduce în timp la un impact psihologic imortant mai ales că endometrioza reprezintă și principala cauză de infertilitate la femeile tinere.

Corresponding author: Catalin Gabriel Smarandache. Spitalul Clinic de Urgență Universitar, Clinica Chirurgie Generala IV, București.Adresa de corespondență: Splaiul Independenței 169, București 050098.Tel +40722365895 E-mail: cgsmarandache@gmail.com

Received: June 01, 2020; **Accepted:** June 30, 2020**; Published:** September 05, 2020

Citation:. Badiu D.C., Mandu Mihaela, Popescu C.G., , Smarandache C.G., Șerban D.,Pituru S.,Hainăroșie R., Mehedințu Claudia , Grigorean V.T Ocluzia intestinală mecanică, o complicație rară a endometriozei – Revizie de literatură. Journal of Surgery [Jurnalul de chirurgie]. 2020; 16(3): 153 - 155, [Article in Romanian]

Copyright: © 2020 Dumitru Cristinel Badiu et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited

Endometrioza extragenitală este descrisă cel mai frecvent la nivelul cavității peritoneale, celulele endometriale ectopice fiind grefate mai ales pe peritoneul parietal sau visceral pelvin (ovare,ligamente uterosacrate, fund de sac Douglas, ligamente largi ale uterului, trompe uterine), fiind adesea întâlnite în vecinatatea joncțiunii recto-sigmoidiene, conducând însă destul de rar la ocluzie intestinală (de cele mai multe ori fiind vorba despre o obstrucție incompletă colonică) și putând pune probleme de diagnostic diferențial cu cancerul recto-sigmoidian care reprezintă cea mai frecventă cauză de ocluzie intestinală joasă în randul populației adulte [1], [3], [4]. Aproximativ 5% dintre femeile cu endometrioză profundă prezintă și o afectare a tubului digestiv [5].

Simptomatologia în cazul endometriozei complicate cu ocluzie intestinală este nespecifică cu meteorism, vărsături, inapetență, dureri abdominale, constipație sau alternanță constipație-diaree (dacă se asociază și dureri abdominale colicative ce cedează după defecație vorbim despre un veritabil sindrom *König)*, diagnosticul putând fi astfel o provocare pentru examenul clinic și pentru imagistică [6], [7].

Diagnosticul diferențial al cauzei care a produs obstrucția digestivă este și mai dificil în cazul coexistenței endometriozei intesinale cu cancerul colorectal avansat (T4) [8].

Ocluzia provocată de focare endometriozice dezvoltate la nivelul intestinului subțire este mult mai rar întâlnită comparativ cu cea rectocolonică iar endometrioamele enterale se dezvoltă preponderent subseros iar diferențierea de o leziune malignă este și în acest caz adesea o provocare [9], [10]. O altă diferențiere dificilă este cea dintre ocluzia produsă de endometrioză și cea datorată bolilor inflamatorii intestinale și mai ales bolii Crohn, precum și cea secundară unui plastron apendicular sau peridiverticular, de cele mai multe ori numai examenul histopatologic al piesei de rezecție intestinală sau colonică putând să tranșeze diagnosticul etiologic al ocluziei [11].

Au fost descrise și cazuri, extrem de rare, de ocluzie intestinală înaltă cu insule de endometrioză ce comprimă duodenul sau chiar regiunea antropilorică.

Diagnostic paraclinic.

În ceea ce privește diagnosticul endometriozei necomplicate, standardul de aur este reprezentat de intervenția celioscopică care va conduce atât la un examen histopatologic al țesuturilor excizate dar realizează și tratamentul afecțiunii prin excizia tuturor insulelor de țesut endometrial ectopic [12]. Se mai pot folosi pentru diagnostic echografia abdominală și transvaginală, tomografia computerizată și mai ales IRM (care se poate folosi și intraoperator astfel încât cresc șansele de depistare a tuturor focarelor endometriozice).

Dacă vorbim însă despre ocluzie intestinală la o pacientă cunoscută cu endometrioză, diagnosticul poate fi sugerat de o simplă radiografie abdominală care va arata prezența de nivele hidroaerice, iar în completare se pot efectua o rectocolonoscopie sau irigografie (evidențiază stopul substanței de contrast în cazul unei stenoze rectocolonice) și tratamentul va viza prioritar restabilirea tranzitului digestiv.

Tratament.

Date din literatura de specialitate sugerează faptul că cel mai bun tratament în astfel de cazuri de ocluzie intestinală provocată de nodulii endometriozici este reprezentat de excizia chirurgicală a porțiunii de tub digestiv afectat prin metode laparoscopice sau prin abord chirurgical clasic atunci când, datorită distensiei importante enterale și colonice, abordul miniminvaziv poate predispune la leziuni iatrogene [13], [7].

Au fost raportate și cazuri în care stentarea endoscopică a avut rezultate satisfacatoare în ocluziile sigmoidiene. Recidiva a fost însă prezentă într-un număr semnificativ de cazuri și la reintervenție a fost necesară rezecția segmentului respectiv afectat [7]. Atunci când intervenția se desfășoara la paciente cu un colon nepregătit, în urgență, și aspectul intraoperator al peretelui colonului este nesatisfăcător se poate realiza excizia porțiunii afectate cu închiderea capătului distal și colostomie la nivelul capătului colonic proximal (operație de tip Hartmann), urmând ca intervenția de refacere a continuității digestive să se desfășoare după 2-3 luni, atunci când este de așteptat ca partenerii de anastomoză să se afle într-o situație mult mai bună.

Există și cazuri în care, datorită unei obstrucții produse de către un focar de endometrioză la nivelul colonului stâng să se ajungă, datorită hiperpresiunii, la o perforație diastatică la nivelul cecului cu instalarea unei peritonite stercorale. Și în aceste cazuri este de preferat realizarea unei colostomii temporare (de obicei cecostomie blow-out) și desființarea ulterioară a acesteia. De menționat că atunci când se intervine pentru ocluzie intestinală, mai ales pe cale laparoscopică, datorită distensiei masei enterale, este posibil să nu poată fi identificate și disecate toate țesuturile endometriozice prezente în cavitatea peritoneală, fiind excizate doar cele care au afectat prin compresie tubul digestiv (focare de endometrioză pe piesa de rezecție enterală, colonică sau rectală).

După depășirea momentului ocluziv, când starea pacientei va fi mult mai bună, după 6-8 săptămâni, se poate reinterveni pe cale laparoscopică sau clasică pentru excizia unor eventuale focare endometriozice restante (identificate cel mai bine prin IRM). Chiar și după excizia tuturor nodulilor endometriozici identificați rata de recidivă variază între 5-25%, nefiind influențată se pare de radicalitatea exciziei țesutului endometrial ectopic [14].

Un studiu retrospectiv publicat în anul 2018 în literatura de specialitate descrie o nouă metodă de abordare a colonului distal, pe cale transvaginală, ajungându-se la concluzia ca rezecția pe cale vaginală asistată laparoscopic a rectosigmoidului afectat de endometrioză folosind disectoare cu ultrasunete, cu anastomoză intestinală mecanică, fără tensiune, este o procedură sigură și eficientă pentru gestionarea chirurgicală a endometriozei pelvine severe cu afectarea colonului și rectului și instalarea ocluziei intestinale joase [15].

Cele mai intâlnite comlicații postoperatorii specifice sunt reprezentate de fistula de anastomoză , fistula rectovaginală, hemoragie digestivă inferioară, abces pelvin, recidiva a ocluziei intestinale etc.

Concluzii

Diagnosticul diferențial al ocluziilor intestinale la femeile aflate în perioada fertilă trebuie să ia în discuție și endometrioza profundă însă diferențierea între procesele neoplazice intestinale, bolile inflamatorii și endometrioame este dificilă, fiind stabilită adesea de catre medicul anatomopatolog după excizia segmentului afectat.

Abordul laparoscopic reprezintă prima opțiune terapeutică însă, datorită distensiei enterale, conversia la chirurgie deschisă sau abordul clasic per primam sunt uneori necesare.

Declaraţia de conflict de interese. Autorii nu au conflicte de interes de declarat.

Bibliografie

1. Molina GA, Ramos DR, Yu A, et.al.. Endometriosis Mimicking a Cecum Mass with Complete Bowel Obstruction: An Infrequent Cause of Acute Abdomen. Case Rep Surg. 2019;2019:7024172. doi: 10.1155/2019/7024172. eCollection 2019.

2. Nicolae Bacalbasa , Irina Balescu ,Alexandru Filipescu. Ileocecal Obstruction Due to Endometriosis - A Case Report and Literature Review.In Vivo. 2017;31(5):999-1002.doi: 10.21873/invivo.11160.

3. Sarofim M, Attwell-Heap A, Trautman J, Kwok A, Still A. Unusual case of acute large bowel obstruction: endometriosis mimicking sigmoid malignancy. ANZ J Surg. 2019 ;89(11):E542-E543. doi: 10.1111/ans.14869.

4. F Ibba, G C Viglione, G Sanfelici, et.al. . Intestinal Occlusion Caused by Endometriosis. Arch Sci Med (Torino).1979;136(3):391-400.

5. Antonella De Ceglie, Claudio Bilardi, Sabrina Blanchi, et.al. . Acute small bowel obstruction caused by endometriosis: A case report and review of the literature. World J Gastroenterol. 2008 Jun 7; 14(21): 3430–3434.

6. Imasogie DE, Agbonrofo PI, Momoh MI, Obaseki DE, Obahiagbon I, Azeke AT. Intestinal obstruction secondary to cecal endometriosis. Niger J Clin Pract. 2018 ;21(8):1081-1085. doi: 10.4103/njcp.njcp_29_18.

7. Calcagno P, Viti M, Cornelli A, Galli D, D'Urbano C. Intestinal obstruction caused by endometriosis: Endoscopic stenting and expedited laparoscopic resection avoiding stoma. A case report and review of the literature. Int J Surg Case Rep. 2018;44:75-77. doi: 10.1016/j.ijscr.2018.02.012.

8. Masatsugu Ishii , Masashi Yamamoto , Keitaro Tanaka , et.al. . Intestinal Endometriosis Combined With Colorectal Cancer: A Case Series. J Med Case Rep. 2018;12(1):21.doi: 10.1186/s13256-017-1537-3.

9. Arata R, Takakura Y, Ikeda S, Itamoto T. A case of ileus caused by ileal endometriosis with lymph node involvement. Int J Surg Case Rep. 2019;54:90-94. doi: 10.1016/j.ijscr.2018.11.066.

10. Samir A Khwaja, Rasheed Zakaria, Herman Anthony Carneiro, Haris A Khwaja. Endometriosis: a rare cause of small bowel obstruction. BMJ Case Rep. 2012; 2012: bcr0320125988. doi: 10.1136/bcr.03.2012.5988.

11. Chaonan Dong , Wee Sing Ngu , Simon E Wakefield. Endometriosis Masquerading as Crohn's Disease in a Patient With Acute Small Bowel Obstruction. BMJ Case Rep. 2015;2015:bcr2014207229.doi: 10.1136/bcr-2014-207229.

12. Edgardo Rolla. Endometriosis: Advances and Controversies in Classification, Pathogenesis, Diagnosis, and Treatment. F1000Res. 2019;8:F1000 Faculty Rev-529. doi: 10.12688/f1000research.14817.1. eCollection 2019.PMID: 31069056 .

13. Nozari N, Shafiei M, Sarmadi S. An Unusual Presentation of Endometriosis as an Ileocolic Intussusception with Cecal Mass: A Case Report. J Reprod Infertil. 2018;19(4):247-249.

14. David N Baden , Anthony van de Ven , Paul C M Verbeek. Endometriosis With an Acute Colon Obstruction: A Case Report.J Med Case Rep.2015 ;9:150.doi: 10.1186/s13256-015-0609-5.

15. Rampinelli F, Donarini P, Visenzi C, Ficarelli S, Ciravolo G. Surgical laparoscopic treatment of bowel endometriosis with transvaginal resection of the rectum using ultrasonically activated shears: a retrospective cohort study with description of technique. Arch Gynecol Obstet. 2018 ;297(4):985-988. doi: 10.1007/s00404-018-4692-x.